

Administración del Seguro Social

Revisión sobre su derecho a recibir el beneficio adicional



Tenemos que revisar su derecho a recibir el beneficio adicional con los gastos del plan de Recetas Médicas de Medicare. Verificaremos si todavía tiene derecho, y si su beneficio adicional, también conocido como el subsidio, está correcto. Deseamos hacer esta revisión lo más fácil posible para usted, de manera que no tenga que visitar la oficina.

Lo que haremos para revisar su caso

Como parte de la revisión, revisaremos la información actual en nuestros expedientes. Determinaremos si continúa teniendo derecho basado en la cantidad de sus ingresos, recursos y el número de personas en su hogar. Si usted está casado y vive con su cónyuge, contamos los ingresos y recursos de ambos.

Lo que usted necesita hacer para esta revisión

- Por favor llene el formulario adjunto; no use el formulario en el Internet.
- Consulte el *Resumen de ingresos y recursos* al dorso de esta carta para llenar el formulario.
- Firme y devuelva el formulario en el sobre adjunto dentro de 30 días.

Si usted no devuelve este formulario

Si usted no devuelve este formulario dentro de 30 días, su ayuda con los gastos del plan de Recetas Médicas de Medicare terminará. Si usted está esperando recibir información de otra agencia o necesita ayuda, puede llamar al número gratis del Seguro Social, **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Si usted necesita ayuda, le podemos dar 30 días más para devolvernos el formulario.

Comisionado Regional

Anexos

Administración del Seguro Social

Resumen de ingresos y recursos



Nombre XXX-XX-9999
 Nombre del cónyuge XXX-XX-9999

Consulte estas cifras cuando llene el formulario adjunto (SSA-1026):

Recursos (vea la pregunta 5) **Valor**

Cuentas bancarias \$ _____
 Acciones, bonos u otras inversiones \$ _____
 Dinero en efectivo \$ _____
 Valor de rescate del seguro de vida \$ _____
 Valor de bienes raíces aparte de su hogar \$ _____

Número de personas en su hogar (vea la pregunta 7) _____

Ayuda con los gastos del hogar (vea la pregunta 8) **Cantidad mensual**

Ayuda con los gastos del hogar \$ _____

Ingreso no devengado de trabajo (vea la pregunta 9) **Cantidad mensual**

Beneficios de Seguro Social (antes de deducciones) \$ _____
 Beneficios de Retiro Ferroviario (antes de deducciones) \$ _____
 Beneficios de Veteranos (antes de deducciones) \$ _____
 Otras pensiones o anualidades \$ _____
 Otros ingresos \$ _____

Ingreso devengado de trabajo (vea la pregunta 10) **Cantidad anual**

Salarios (antes de deducciones)
 Usted \$ _____
 Su cónyuge \$ _____
 Ganancias netas de trabajo por cuenta propia
 Usted \$ _____
 Su cónyuge \$ _____
 Pérdidas netas de trabajo por cuenta propia
 Usted \$ _____
 Su cónyuge \$ _____

Gastos de trabajo debido a una incapacidad o ceguera (vea la pregunta 11) **Cantidad mensual**

Gastos de trabajo debido a una incapacidad \$ _____
 Gastos de trabajo debido a ceguera \$ _____

GUARDE ESTA HOJA PARA SUS REGISTROS



**Declaración de derecho continuo
al beneficio adicional para pagar
los gastos del plan de Recetas
Médicas de Medicare**

Por favor pase a la siguiente página

Instrucciones generales para llenar la declaración de derecho continuo al beneficio adicional para pagar los gastos del plan de Recetas Médicas de Medicare



Para proveer un beneficio adicional pagando sus gastos de recetas médicas

Cómo llenar este formulario

- Consulte el *Resumen de ingresos y recursos* al dorso de la carta adjunta para llenar el formulario;
- Use **TINTA NEGRA** o un **lápiz #2**;
- Mantenga sus números, letras y X dentro de los encasillados; use sólo letras **MAYÚSCULAS**;
- Cuando escriba una cantidad de dinero, no escriba el signo de dólar. El signo de dólar ya está impreso en la solicitud; y
- Redondee los centavos a dólares.

EJEMPLO

Ponga una X en el encasillado. **NO** use marcas de cotejo ni sombree los encasillados.

| | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------|--------------------------|

CORRECTO | **INCORRECTO**

EJEMPLO

Use letras mayúsculas cuando escriba sus respuestas

| | | | |
|---|---|---|---|
| A | B | C | D |
|---|---|---|---|

Si usted está ayudando a otra persona con este formulario

Conteste las preguntas como si fuera esa persona. Usted debe saber el número de Seguro Social y los datos financieros de la persona. También debe llenar la Sección B en la página 6.

Para llenar este formulario

Favor de llenar y firmar este formulario y devolverlo por correo en el sobre predirigido y franqueado adjunto a:

Social Security Administration
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1080
Wilkes-Barre, PA 18767

El *Resumen de ingresos y recursos* al dorso de la carta adjunta le ayudará a llenar este formulario. **No incluya** el *Resumen de ingresos y recursos* ni ningún anexo cuando devuelva el formulario en el sobre franqueado adjunto. Si necesitamos más información, tal como estados de cuentas de instituciones financieras, nos comunicaremos con usted.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar este formulario

Nos puede llamar a nuestro número gratis, **1-800-772-1213**, o si es sordo o tiene problemas auditivos, puede llamar a nuestro número TTY, **1-800-325-0778**.



5. Necesitamos saber sobre los **recursos** que usted, su cónyuge (si están casados y viven juntos) o ambos tienen.

Instrucciones: Por favor revise la información que tenemos sobre sus recursos en el *Resumen de ingresos y recursos* al dorso de la carta adjunta.

Si la información **no** ha cambiado, escriba una **X** en el

Si la información **sí** ha cambiado, escriba la nueva cantidad en los encasillados siguientes.

| Tipo de recurso | La cantidad correcta es |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cuentas bancarias (cheques, ahorros, y certificados de depósito) | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Acciones, bonos, bonos de ahorros, fondos mutuos, Cuentas de Retiro Individual (IRA) u otras inversiones similares | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Dinero en efectivo | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Valor de rescate del seguro de vida | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Valor de sus bienes raíces aparte de su hogar | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |

6. ¿Espera usar dinero de alguna de las fuentes mencionadas en la pregunta 5 para pagar los gastos fúnebres o de entierro de usted (o su cónyuge, si están casados y viven juntos)?

USTED: **SÍ** **NO**

SU CÓNYPUGE (si viven juntos): **SÍ** **NO**

7. El **número de personas en su hogar** podría afectar la cantidad del beneficio que puede recibir. Necesitamos saber cuántos de los familiares que viven con usted y su conyuge (si están casados y viven juntos) reciben por lo menos la mitad de su sustento financiero de parte de usted o su cónyuge. Los familiares incluyen a las personas con parentesco por sangre, matrimonio o adopción.

Instrucciones: Por favor revise la información que tenemos sobre el número de personas en su hogar en el *Resumen de ingresos y recursos* al dorso de la carta adjunta.

Si la información **no** ha cambiado, escriba una **X** en el encasillado rojo y pase a la pregunta 8.

Si el número de familiares que viven en su hogar **sí** ha cambiado, ¿cuántos familiares viven con usted ahora? Escriba una **X** en sólo uno de los encasillados a continuación. Si usted vive solo o solamente vive con su cónyuge, marque **NINGUNO**.

NINGUNO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 o más



8. Necesitamos saber sobre la **ayuda con los gastos del hogar** que usted, su cónyuge (si están casados y viven juntos) o ambos reciben. Ayuda con los gastos del hogar es cuando alguien provee o ayuda a pagar alguno de los siguientes: comida, hipoteca, alquiler, gas o combustible de calefacción, electricidad, agua e impuestos de propiedad. (No incluya cupones de alimento, reparaciones al hogar, ayuda de una agencia de vivienda, ayuda de un programa de asistencia de energía, Alimentos Sobre Ruedas (en inglés, Meals on Wheels) o ayuda con tratamientos médicos o medicamentos.)

Instrucciones: Por favor revise la información que tenemos sobre la ayuda que usted recibió con los gastos del hogar en el *Resumen de ingresos y recursos* al dorso de la carta adjunta.

Si la cantidad que recibe es **igual** que la cantidad en el *Resumen*, escriba una **X** en el encasillado rojo.

Si la cantidad que recibe es **más alta** que la cantidad en el *Resumen*, escriba una **X** en el encasillado rojo.

Si la cantidad que recibe es **más baja** que la cantidad en el *Resumen*, escriba una **X** en el encasillado rojo.

9. Necesitamos saber sobre el **ingreso no devengado de trabajo** que usted, su cónyuge (si están casados y viven juntos) o ambos tienen de alguna de las fuentes mencionadas a continuación.

Instrucciones: Por favor revise la información que tenemos sobre su ingreso no devengado de trabajo en el *Resumen de ingresos y recursos* al dorso de la carta adjunta.

Si la información **no** ha cambiado, escriba una **X** en el encasillado rojo y pase a la pregunta 10.

Si la información **sí** ha cambiado, escriba la nueva cantidad en los encasillados a continuación.

| | La cantidad mensual correcta es |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Beneficios de Seguro Social (antes de deducciones) | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Beneficios de Retiro Ferroviario (antes de deducciones) | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Beneficios de Veteranos (antes de deducciones) | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Otras pensiones o anualidades (No incluya dinero de los artículos que ya incluyó en la pregunta 5.) | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Otros ingresos | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |



10. Necesitamos saber sobre el **ingreso devengado anualmente de trabajo** que usted, su cónyuge (si están casados y viven juntos) o ambos tienen.

Instrucciones: Por favor revise la información que tenemos sobre su ingreso devengado de trabajo en el *Resumen de ingresos y recursos* al dorso de la carta adjunta.

Si la información **no** ha cambiado, escriba una **X** en el encasillado rojo y pase a la pregunta 11.

Si la información **sí** ha cambiado, escriba la nueva cantidad en los encasillados a continuación.

| Tipo de ingreso | | La cantidad anual correcta es |
|----------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Salarios | Usted | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Su cónyuge | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Ganancias netas de trabajo por cuenta propia | Usted | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Su cónyuge | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Pérdidas netas de trabajo por cuenta propia | Usted | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Su cónyuge | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |

11. ¿Tiene usted, su cónyuge (si están casados y viven juntos) o ambos que pagar por artículos que le permitan trabajar (también conocidos como **gastos de trabajo debido a una incapacidad o ceguera**)? Sólo contaremos parte de sus ganancias hacia el límite de ingresos si usted trabaja y recibe beneficios de Seguro Social por una incapacidad o ceguera, y tiene gastos de trabajo por los cuales no recibe reembolso. Unos ejemplos de tales gastos son: el costo de tratamiento médico y medicina para el SIDA, cáncer, depresión o epilepsia; una silla de ruedas; servicios de un asistente personal; modificaciones a un vehículo, un chofer u otro servicio de transportación especial que sea necesario para viajar al trabajo; asistencia tecnológica relacionada con su trabajo; gastos de perro guía; ayudas visuales y sensoriales; y traducciones en Braille.

USTED: SÍ NO SU CÓNYUGE (si viven juntos): SÍ NO

12. Si usted o su cónyuge (si están casados y viven juntos) trabajan y planifican dejar de trabajar, escriba el mes y año. De otra manera, firme el formulario en la página 6 y devuélvanoslo.

EJEMPLO
 De enero a septiembre escriba un cero (0) en el primer encasillado.
 Mayo de 2006 debe leer:

USTED: -
 MES AÑO

SU CÓNYUGE: -
 MES AÑO



Firmas

Yo entiendo/Nosotros entendemos que al someter esta información estoy/estamos declarando bajo pena de perjurio que he/hemos examinado toda la información en este formulario y que es cierta y correcta a mi/nuestro mejor entender. Yo entiendo/Nosotros entendemos que cualquier persona que dé información falsa o mal intencionada sobre un hecho material o cause que alguien lo haga, comete un crimen y puede ser encarcelado, enfrentar otras penalidades o ambas. Yo entiendo/Nosotros entendemos que la Administración del Seguro Social puede cotejar mi declaración/nuestras declaraciones y compararlas con los registros de otras agencias del gobierno federal, estatal o local, incluyendo el Servicio de Impuestos Internos, para asegurar que la determinación esté correcta. Al someter esta información yo autorizo/nosotros autorizamos a la Administración del Seguro Social a obtener y divulgar información relacionada a mis/nuestros ingresos, recursos y bienes, tanto domésticos como extranjeros, de acuerdo a las leyes de confidencialidad que aplican. Esta información puede incluir, pero no está limitada a, información sobre mis/nuestros ingresos, balances de cuentas, inversiones, pólizas de seguros, beneficios y pensiones. **Por favor llene la Sección A. Si usted no puede firmar, un representante puede firmar por usted. Si alguien le ayudó con la solicitud, también debe llenar la Sección B.**

Sección A

| | | |
|----------------------|--------------|------------------------------------------------|
| Su firma: | Fecha: | Número de teléfono: (_____) _____ — _____ |
| Firma de su cónyuge: | Fecha: | |
| Su dirección postal: | N.º de apt.: | |
| Ciudad: | Estado: | Zona postal: |

Si su dirección postal cambió en los últimos tres meses, escriba una X en el encasillado rojo:

Si tenemos más preguntas y usted prefiere que nos comuniquemos con otra persona, por favor provea el nombre y un número de teléfono diurno de esa persona.

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------|
| Nombre (en letra de molde): | Apellido (en letra de molde): | Número de teléfono: (_____) _____ — _____ |
|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------|

Sección B

Si usted está ayudando a otra persona, escriba una X en el encasillado rojo que lo describa a usted y provea su dirección y número de teléfono diurno.

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pariente | <input type="checkbox"/> Abogado | <input type="checkbox"/> Otro procurador | <input type="checkbox"/> Otro Especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Agencia | <input type="checkbox"/> Trabajador Social | _____ |

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------|
| Nombre (en letra de molde): | Apellido (en letra de molde): | Número de teléfono: (_____) _____ — _____ |
| Dirección: | N.º de apt.: | |
| Ciudad: | Estado: | Zona postal: |



Aviso de la Ley de Confidencialidad/ Ley de Reducción de Documentos de Trabajo

La Sección 1860 D-14 de la *Ley del Seguro Social* autoriza la recopilación de la información que se solicita en este formulario. La Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) usará la información que usted provea para determinar si continúa su derecho a recibir ayuda para pagar la parte que le corresponde de los costos de un plan de Recetas Médicas de Medicare. Usted no tiene que darnos la información que pedimos. Sin embargo, el no proveer toda o parte de la información, podría evitar una decisión a tiempo y correcta sobre su derecho continuo a beneficios y podría resultar en la pérdida de su beneficio adicional para ayudar a pagar los gastos del plan de Recetas Médicas de Medicare. Podemos divulgar la información recopilada en este formulario a otras agencias del gobierno federal, estatal o local para que nos ayuden a determinar si usted tiene derecho al beneficio adicional, o si una ley federal requiere que se divulgue la información. También podríamos tener que compartir la información con otros programas del Seguro Social, si el Seguro Social necesita determinar su derecho a esos otros programas.

También podemos usar la información que usted nos dé cuando comparemos registros por computadora. Hay programas que comparan nuestros registros con los de otras agencias del gobierno federal, estatal o local. Muchas agencias usan estos programas de comparación para determinar o verificar que una persona tiene derecho a beneficios pagados por el gobierno federal. La ley nos permite hacer esto aunque usted no esté de acuerdo. En las oficinas del Seguro Social, usted podrá encontrar explicaciones sobre estas y otras razones por las cuales la información que usted nos provee puede divulgarse o usarse. Si usted quiere saber más sobre esto, comuníquese con una oficina del Seguro Social.

Declaración sobre la Ley de Reducción de Documentos de Trabajo — Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la *Ley de Reducción de Documentos de Trabajo de 1995*. No se requiere que usted conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que tomará alrededor de 20 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. Puede enviar comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Por favor, sólo envíe comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a esta dirección, no el formulario completado.**

ENVÍENOS EL FORMULARIO COMPLETADO A LA DIRECCIÓN MOSTRADA
EN EL SOBRE FRANQUEADO ADJUNTO:

**Social Security Administration
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1080
Wilkes-Barre, PA 18767**